

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-565672

40869

Maladie

Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : 5228 Société : RAY

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL GRABIDI ABDELAH

Date de naissance : 17/2/58

Adresse : 71 Rue El Aouaia Appas Hay RAHA

CASA

Tél. : 0665 742 702 Total des frais engagés : 53 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



21 SEP. 2020
ACCUEIL

Date de consultation : 28/09/2020

Nom et prénom du malade : NOULAHID Jamila Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie + prédiabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 21/9/2020

Signature de l'adhérent(e) : El Grabidi

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/8/12	Co	A	300 DHT	INP : 031150001 Dr ELBADI SAID Endocrinologue sd Yacoub El Mansour 0522 39 46 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TARAKI HAMIDI ANGLO-EGYPTIAN MANSON 36000	29/8/2022	236,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		B	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		G		B												
		00000000	35533411	11433553												
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins <input type="text"/>														
		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

الدكتورة البديع سعيدة

اختصاصية أمراض الغدد والسكري والأيض
خريجة جامعة رين فرنسا

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E06
EXP: 05/2023

Dr. EL BADII Saida

Spécialiste en Endocrinologie,
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Diplômée de l'Université de Rennes France



28/8/20



NOVLAHTID Tamis.

- Levthyrox 100
24,40 x 3



14/10

3 mois

24,40 x 3



12/4/15

3 mois

- Levthyrox 25
6,80 x 2



14/10 le fini
après repos.

3 mois

46,70

49,60 - Dune forte
5.1

14/10 - 14/15 -

3 x 15

53,10
236,20



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
PPV: 24/02/2022
LOT: 20E06



LOT EXP 04/2024
PPV 46.70 DH
2009/13

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGELA BACHANDI ET
YOUSSEF MANSOUR 360806